



კლინიკური შემთხვევა: 23 წლის მამაკაცი, ტუბერკულოზური პლევრიტით

ტუბერკულოზის სავარაუდო შემთხვევის მართვა ზოგადი პროფილის სამედიცინო დაწესებულებაში



2014 წლის 10 ნოემბერს 23 წლის მამაკაცი ზოგადი პროფილის საავადმყოფოს მიმართა.

ანამნეზის მიხედვით პაციენტს 3 კვირის განმავლობაში აღენიშნებოდა სიცხე და ტკივილი მარცხენა გვერდის არეში.

გულმკერდის რენტგენოგრაფიით მარცხენა მხარეს დაფიქსირდა ფილტვის სურათის გამჭირვალეობის დაქვეითება. ქვედა ველის პროექციაზე გამოსახა შემოსაზღვრული ჰომოგენური დაჩრდილვა. ჩატარდა პუნქცია, ევაკუირებული იყო 1500 მლ სითხე. 5 დღის შემდეგ ჩატარდა განმეორებითი პუნქცია, ევაკუირებული იყო 1300 მლ. სითხე. პლევრიტის ეტიოლოგიის დადგენის მიზნით კვლევები ადგილობრივად არ ჩატარებულა, თუმცა პაციენტი ტუბერკულოზზე სავარაუდოდ იქნა მიჩნეული და დიაგნოსტიკისათვის ფთიზიატრთან გაიგზავნა.

ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა ფთიზიატრიულ ქსელში

24.11.14-ს პაციენტმა მიმართა სპეციალიზებულ ტბ საავადმყოფოს. მიმართვისას პაციენტს აღენიშნებოდა ჰაერის უკმარისობა, საერთო სისუსტე და სუბფერული ტემპერატურა. ანამნეზის შეკრებისას გაირკვა, რომ 10 წლის წინ პაციენტი კონტაქტში იმყოფებოდა ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებულ ბიძასთან. აუსკულტაციით მარცხენა ფილტვის ქვემო ველში მოისმინებოდა შესუსტებული სუნთქვა. ჩატარდა პლევრის პუნქცია, მიღებულ იქნა 1000 მლ-მდე ქარვისფერი, სეროზული სითხე. პლევრალური სითხის ბაქტერიოსკოპიული კვლევით დაფიქსირდა მგბ(-) შედეგი (მასალა გაიგზავნა კულტურალურ კვლევაზე) (25.11.14); კლინიკური ანალიზით: ცილა 16.5, რივალტა დადებითი, ნეიტროფილები - 16%, ლიმფოციტები - 75%, ეოზინოფილები - 3%, მონოციტები - 4%, მეზოთელიალური უჯრედები - 2% (25.11.14); ციტოლოგიური ანალიზით: ერითროციტები, ანთების ელემენტები, ლიმფოციტების სიჭარბით, მეზოთელიალური უჯრედები გროვებად (25.11.14). გულმკერდის რენტგენოგრაფიით მარცხნივ ფესვი გაფართოებული, V ნეკნიდან დამუაზოს ხაზით გამოკვეთილი ჩრდილი. მარჯვნივ მწვერვალზე ფიბროზი, ერთეული კალცინატები. მარჯვენა სინუსის კიდე

რამდენად დროულად გამოვლინდა ტუბერკულოზის შემთხვევა?

პაციენტს პუნქცია 5 დღის შუალედით, ზედიზედ ორჯერ ჩატარდა. ევაკუირებული სითხის კლინიკური, ციტოლოგიური ან ბაქტერიოსკოპიული გამოკვლევა კი არცერთხელ არ ჩატარებულა. მაშინ, როცა ნებისმიერ სამედიცინო დაწესებულებაში სადაც პუნქცია ტარდება, მიღებული პლევრალური სითხის გამოკვლევა ადგილობრივად, ან მასალის ტრანსპორტირებით აუცილებელია. პუნქცია არა მარტო პლევრალური ღრუს გამონაჟონისაგან დაცლის და სასუნთქი ზედაპირის აღდგენის, არამედ პლევრიტის ეტიოლოგიის განსაზღვრის მიზნით არის რეკომენდებული და ეს რეკომენდაცია პირველივე პუნქტატზე უნდა იყოს გათვალისწინებული. პუნქტატის გამოკვლევა მხოლოდ მას შემდეგ, რაც პაციენტის მდგომარეობა არ გაუმჯობესდება და გამონაჟონი კვლავ დაგროვდება, ნებისმიერი ეტიოლოგიის, მ.შ ტუბერკულოზური პლევრიტის დაგვიანებული დიაგნოსტიკის და არასწორი მართვის მაგალითია.

პლევრის ღრუში განმეორებითი ექსუდატის დაგროვება და ტუბერკულოზით დაავადებულ ბიძასთან თუნდაც 10 წლის წინანდელი კონტაქტი იძლევა იმის საფუძველს, რომ პაციენტი ტუბერკულოზზე სავარაუდოდ შეფასდეს და ფილტვგარეშე ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისათვის სტანდარტით გათვალისწინებული ყველა გამოკვლევა ჩატარდეს. თუმცა, როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული ეტიოლოგიის დადგენის მიზნით პლევრიტის ნებისმიერ შემთხვევაში პუნქტატის გამოკვლევა პირველივე პუნქტატზეა საჭირო.

კონკრეტულ პაციენტს დიაგნოზი მოქმედი კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინის) შესაბამისად დაესვა. კერძოდ, ექსუდატზე ჩატარდა ბაქტერიოსკოპიული, კლინიკური, ციტოლოგიური და ბაქტერიოლოგიური კვლევა. კლინიკური და ციტოლოგიური ანალიზის საფუძველზე საწყის ეტაპზე დაისვა კლინიკური დიაგნოზი, რაც მოგვიანებით ბაქტერიოლოგიურად დადასტურდა.

დღევანდელი მიდგომით, მას შემდეგ რაც მთელი ქვეყნის მასშტაბით რუტინულად დანერგილია სწრაფი მოლეკულური Xpert MTB/RIF ტესტი, მსგავს პაციენტს ბაქტერიოსკოპიის პარალელურად შესაძლებელია ჩატარდეს Xpert MTB/RIF ტესტიც, რომელიც საშუალებას იძლევა იმავე

გასწორებული. პუნქციის შემდგომი *პლევრის ღრუს ექოსკოპიით* მარცხენა პლევრალურ ღრუში მოცულობითი დაშვარტული უბანი, შვარტებს შორის 300-350 მლ-მდე სითხე ჩაპარკებული უბნების სახით (25.11.14).

პაციენტს ჩუატარდა *აივ სწრაფი ტესტი*.

პაციენტს დაესვა კლინიკური დიაგნოზი: A. 16.5. მარცხენამხრივი ტუბერკულოზური პლევრიტი, ბაქტერიოლოგიური და ჰისტოლოგიური დადასტურების აღნიშვნის გარეშე, ფილტვგარეშე ფორმა, „ახალი შემთხვევა“ (25.11.14). პაციენტი ამბულატორიულ რეჟიმში სამკურნალოდ რაიონის ტუბკაბინეტში გაიგზავნა.

ტუბერკულოზის მკურნალობა ამბულატორიულ რეჟიმში

26.11.14-ს პაციენტმა მიმართა რაიონში არსებულ ტუბკაბინეტს, სადაც აყვანილ იქნა აღრიცხვაზე და ინტენსიურ ფაზაში მკურნალობა რეგულარული ტუბერკულოზის სამკურნალო რეჟიმით **2HRZE** დაიწყო.

11.12.14 და 26.12.14-ს პაციენტს ჩუატარდა ფთიზიატრის კონსულტაცია. ორივე ვიზიტისას პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი იყო. ჩივილებს არ აღნიშნავდა. აუსკულტაციით მარცხენა სინუსის მიდამოში სუნთქვა არ ტარდებოდა, მარჯვნივ მოსმინებოდა ვეზიკულური სუნთქვა. მკურნალობა დანიშნულების მიხედვით გაგრძელდა.

31.12.14-ს ფთიზიატრთან განმეორებითი ვიზიტისას პაციენტს ჩუატარდა **ღვიძლის ფუნქციური სინჯები**. შედეგად ნორმიდან მნიშვნელოვანი გადახრა დაფიქსირდა: AST - 478.4 ერთ/ლ, ALAT – 226.8 ერთ/ლ. რეგიონის კოორდინატორთან შეთანხმებით პაციენტს 1 იანვრიდან ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების მიღება დროებით შეუწყდა და კონსულტაციისათვის ინფექციონისტთან გაიგზავნა.

ინფექციონისტის რეკომენდაციით ღვიძლის ფუნქციური სინჯები 2 კვირის შემდეგ განმეორდა, რის შედეგადაც ნორმა დაფიქსირდა: AST – 27.7 ერთ/ლ, ALAT – 42.4 ერთ/ლ. (15.01.15). ცნობილი გახდა კულტურალური კვლევის და მედიკამენტებისადმი მგრძობელობის ტესტის (DST) შედეგიც, რომლის

დღეს მოხდეს ტუბერკულოზის გამომწვევის გამოვლენა და რიფამპინის მიმართ მგრძობელობის დადგენა. თუმცა აქვე გათვალისწინებული უნდა იყოს რეკომენდაცია, რომლის მიხედვითაც კლინიცისტმა ფილტვგარეშე ტუბერკულოზის არსებობა არ უნდა გამოირიცხოს იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც პლევრალური სითხის სწრაფი სადიაგნოსტიკო მეთოდით გამოკვლევისას მიღებული პასუხი უარყოფითია.¹

დღევანდელი მიდგომით მსგავს შემთხვევებში გასათვალისწინებელია კიდევ ერთი სიახლე. კერძოდ, ტუბერკულოზის განმარტებების განახლების შემდეგ თუ მოცემული პაციენტის მსგავსად კლინიკური და ციტოლოგიური ანალიზის საფუძველზე თავდაპირველად ბაქტერიოლოგიურად და ჰისტოლოგიურად დაუდასტურებელი ფილტვგარეშე ტუბერკულოზის კლინიკური დიაგნოზი დაისმება, შემდგომში კი ეს დიაგნოზი ბაქტერიოლოგიურად დადასტურდება, კლინიკურად დიაგნოსტიკური შემთხვევა უნდა რეკლასიფიცირდეს და გაფორმდეს როგორც ბაქტერიოლოგიურად დადასტურებული შემთხვევა.¹

რამდენად სტანდარტულად წარმართა ტუბერკულოზის მკურნალობა და მონიტორინგი?

პაციენტს მკურნალობა სტანდარტის შესაბამისად ჩუატარდა. კერძოდ, სანამ მედიკამენტებისადმი მგრძობელობა დადგინდებოდა, პაციენტს დანიშნული ჰქონდა რეგულარული ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო სამკურნალო რეჟიმი [HRZE]. ინტენსიურ ფაზაში კულტურალური კვლევით ცნობილი გახდა, რომ შტამი იზონიაზიდის მიმართ რეზისტენტული, რიფამპინის მიმართ კი სენსიტიური იყო, რის საფუძველზეც საწყისი რეჟიმი სტანდარტის შესაბამისად REZ სქემით შეიცვალა, ასევე სწორად შეირჩა მკურნალობის ჯამში 9 თვიანი ხანგრძლივობაც.¹

პაციენტს ფთიზიატრის კონსულტაცია საწყის ეტაპზე 2 კვირაში ერთხელ, შემდეგ კი თვეში ერთხელ სტანდარტის შესაბამისად ჩუატარდა. ასევე სტანდარტის შესაბამისად წარმართა გვერდითი მოვლენების გამოვლენა და მართვა. კერძოდ, ჩატარდა მონიტორინგით გათვალისწინებული ღვიძლის ფუნქციური სინჯები. AST-ს და ALAT-ის მკვეთრად მომატებული მაჩვენებლების გამო მედიკამენტები დროებით შეწყდა და აღდგა მას შემდეგ, რაც განმეორებითი სინჯებით ნორმა დაფიქსირდა. ერთხელ დაფიქსირებული პათოლოგიური გადახრის გამო საჭიროდ ჩაითვალა და შესრულდა ღვიძლის ფუნქციური სინჯების ხშირი მონიტორინგი. გვერდითი მოვლენის განვითარების პრევენციის მიზნით სამკურნალო რეჟიმს „B“ ვიტამინი სწორად დაემატა.

მიხედვით გამოვლინდა იზონიაზიდის მიმართ რეზისტენტული შტამი. პაციენტს რეგულარული ტუბერკულოზის სამკურნალო რეჟიმი შეეცვალა და მკურნალობა ინტენსიურ ფაზაშივე **REZ სქემით გაგრძელდა**. გვერდითი მოვლენების განვითარების რისკის გათვალისწინებით სამკურნალო რეჟიმს დაემატა ვიტამინი „B“ (16.01.15).

09.02.15-ს პაციენტმა დაასრულა მკურნალობის ინტენსიური ფაზა. მისი ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი იყო. თუმცა კვლავაც უჩიოდა უძილობას, დატვირთვისას ადვილად დაღლას, სუნთქვის გაძნელებას და ჰაერის უკმარისობას.

ამ ჩივილების გამო პაციენტს ჩაუტარდა გულმკერდის რენტგენოგრაფია. **გულმკერდის რენტგენოგრაფიით გამოვლინდა** მარცხენა მხარეს ფილტვის სურათის გამჭვირვალობის დაქვეითება. ქვედა ველში და ლატერალურად გამოისახა შემოსაზღვრული ჰომოგენური დაჩრდილვა (სითხე, რომელიც ჰორიზონტალური მდებარეობისას ფორმას არ იცვლის). მარჯვნივ ქვედა ველში ლატერალურად, კედლის ამყოლად, კი გამოისახა მოგრძო ჰომოგენური ჩრდილი, მარჯვენა სინუსი თავისუფალი. ორივე მწვერვალზე გამჭვირვალობა დაქვეითებული, მარჯვნივ გამჭვირვალობა მომატებული უბნით. მარჯვნივ კედლის ამყოლი, ჩაპარკებული პლევრიტი. მარცხნივ კედლის ამყოლი და უკანა სინუსში ჩაპარკებული პლევრიტი (09.02.15).

ინტენსიური ფაზის შემდეგ პაციენტმა მკურნალობა **7REZ სქემით** გააგრძელა.

ფთიზიატრის მიერ 11.03.15, 08.04.15, 08.05.15 და 09.06.15-ში ჩატარებულ კონსულტაციებზე პაციენტის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებლად შეფასდა, მკურნალობა დანიშნულების მიხედვით გაგრძელდა და 2015 წლის სექტემბერში დასრულდება.

კითხვის ნიშანს ბადებს რადიოლოგიური კვლევის შედეგები. თუ დიაგნოსტიკისას რენტგენოლოგიურად და ექოსკოპიურად მხოლოდ მარცხენამხრივი პლევრიტი აღინიშნებოდა, მკურნალობის 2.5 თვიანი პერიოდის შემდეგ ჩატარებული რენტგენოლოგიური კვლევით ჩაპარკებული პლევრიტი დაფიქსირდა როგორც მარცხნივ, ისე მარჯვნივ, რაც უარყოფით რენტგენოლოგიურ დინამიკაზე მიუთითებს. თუმცა რენტგენოლოგიური კვლევის ეს შედეგი იმ თვალსაზრისით უფრო მნიშვნელოვანია, რომ მარჯვენამხრივი დაზიანების გამოვლენა დაგვიანდა, მარჯვენა პლევრის პუნქცია დროულად არ ჩატარდა და შედეგად პაციენტს ჩამოუყალიბდა ორმხრივად ჩაპარკებული უბნები, რომელთა სრული გაწოვა აბსოლუტურად ადეკვატური მკურნალობის ფონზეც კი პრობლემურია. მოსალოდნელია, რომ შემცირებულ სასუნთქ ზედაპირთან და პლევრიტისათვის დამახასიათებელი ტკივილის სინდრომთან ასოცირებული ჩივილები 23 წლის პაციენტს ხანგრძლივი პერიოდის მანძილზე დარჩეს. მსგავს შემთხვევებში, პაციენტის ინტერესებიდან გამომდინარე, სასურველია რენტგენოლოგიური და ექოსკოპიური კვლევები უფრო ხშირად ჩატარდეს.

¹ ტუბერკულოზის მართვის ეროვნული გაიდლაინი, 2015 წლის განახლებული ვერსია.